

## EN RESPUESTA AL CONSEJERO DE SANIDAD:

### PROPUESTAS CONCRETAS DEL COMITÉ PROFESIONAL MÉDICO

Hace unos días el presidente de la Comunidad de Madrid, Señor González, afirmó en la Asamblea la necesidad ineludible de aplicar medidas de ahorro para garantizar la sostenibilidad del sistema, señalando que si las propuestas concretas de reducción del gasto que le pudieran presentar los profesionales eran mejores que las diseñadas por la Comunidad de Madrid, se llevarían a la práctica.

En la mañana del día 17 de Diciembre el Comité Profesional Médico, que agrupa a la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM), representantes de los Jefes de Servicio, de los coordinadores de planes estratégicos, de los directores de centros de AP, y Colegio Oficial de Médicos de Madrid ha expuesto sus ideas en la Consejería y ha manifestado su sincera disposición a colaborar en la creación de mesas técnicas de ahorro en las que los profesionales puedan participar. El Comité se ha mostrado en todo momento de acuerdo con la necesidad de ahorro, siempre dentro de un marco de participación activa en la gestión sanitaria.

Tras un largo intercambio de opiniones se ha llegado a la conclusión de que la privatización de 6 hospitales y 27 centros de salud sólo supone un ahorro de 50 de los 533 millones de euros que la Consejería afirma que hay que ahorrar para el próximo ejercicio.

El Comité ha solicitado los datos con los que trabaja la consejería, con los cuales se han tomado las decisiones para la elaboración de estos presupuestos, a fin de poder contrastarlos con nuestros propios datos. De la misma manera que este Comité ha criticado la elaboración del plan por parte de la Consejería sin contar con los profesionales, creemos que no es posible realizar un plan sin contar con los datos y los informes de los que dispone la Consejería. Nuestra petición ha sido rechazada por el Consejero en la reunión y explicada posteriormente en rueda de pidiendo al Comité una alternativa "concreta, viable, posible, que nos hagan llegar lo antes posible"

En las siguientes páginas, se van a articular una serie de propuestas concretas que den respuesta a la actual situación. Posteriormente se explicará la necesidad de un cambio en el modelo en el que tanto la Gestión Clínica como la participación de los profesionales serán fundamentales para garantizar la calidad y sostenibilidad del sistema.

Como base para las siguientes propuestas se han utilizado los distintos Planes Estratégicos de las Especialidades, las propuestas de los Jefes de Servicio y los Coordinadores de Primaria, que han colaborado en la definición de este documento y se ofrecen a colaborar en su ulterior aplicación y supervisión. Por la premura de tiempo, parte del contenido de las propuestas es común a distintas especialidades o niveles y otras partes son complementarias. Con toda seguridad, en el futuro podremos aplicar todas las propuestas generadas en cada uno de dichos planes de una manera más armónica que facilitará su mutua potenciación.

## **PROPUESTAS INMEDIATAS ORIENTADAS AL EQUILIBRIO PRESUPUESTARIO EN 2013**

### **1.- Paralizar la privatización de la gestión de los 6 hospitales de gestión mixta y de los centros de Atención Primaria.**

Tal y como aparece en la memoria de la Comunidad de Madrid, los costes per cápita de dichos hospitales en el pasado ejercicio son inferiores a los que la Consejería ofertaría como coste para un hospital de gestión privada. Mantener los costes actuales permitiría ahorrar entre 70 y 118 millones de euros anuales.

Respecto a los Centros de Salud, la ausencia de definición de los centros afectados hace inviable calcular los costes de dicha actuación.

### **2.- Paralización de las obras del nuevo Hospital de Collado Villalba**

Esta paralización temporal permitiría ahorrar 12 millones de euros que son los asignados al mismo para el año 2013.

### **3.- Renegociar los contratos con las concesionarias de los hospitales de gestión privada**

Es inasumible que se produzca un descenso de alrededor del 20% de los presupuestos de los hospitales de gestión pública mientras se aumenta el presupuesto de los de gestión privada. Dada la situación de crisis es preciso realizar una reducción proporcional en dichos hospitales de igual dimensión que la del resto de los hospitales de gestión pública.

Esto supondría un ahorro de otros 49 millones de euros a las arcas de la Comunidad

### **4.- Reducción de los conciertos con la Medicina Privada para realizar pruebas diagnósticas e intervenciones de la lista de espera.**

Es posible ahorrar hasta 46 millones de euros mediante la reducción de los conciertos con entidades privadas a través de la racionalización de los planes especiales de listas de espera y de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas.

### **5.- Traslados intercentros**

Es posible aumentar la facturación intercentros hasta en 24 millones de euros mediante la implantación de protocolos científico-técnicos que protocolicen el traslado a centros públicos de segundo nivel desde los centros de gestión privada. Esta medida garantiza la seguridad del paciente.

**6.-** La aplicación de medidas contenidas en los Planes Estratégicos desarrollados a instancias de la Consejería en los últimos dos años puede además de mejorar la calidad constituir un ahorro sustancial. A modo de ejemplo, de acuerdo con el Plan estratégico de Laboratorios, la mejora en la compra de material y reactivos y de la gestión de la demanda puede ahorrar 5,6 M €. **Según algunas de las indicaciones del Plan para la disminución de la prevalencia de la infección nosocomial**, la disminución de la infección nosocomial en los hospitales de Madrid supone un ahorro de hasta 40 millones de euros.

7.- Inclusión del 100% de los pacientes procedentes de otras comunidades autónomas en el Fondo de Cohesión (SIFCO), (actualmente la Consejería solo factura una parte de los pacientes que atendemos en la Comunidad de Madrid). Estimamos un ahorro de al menos 100 millones de euros.

8.- Una estimación conservadora de ahorro en **gasto farmacéutico** mediante el trabajo de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de un 8% en el gasto farmacéutico supondría un ahorro de al menos 47 M de euros en la farmacia Hospitalaria. De la misma manera, el descenso en el coste farmacéutico extrahospitalario puede suponer hasta 62 millones de euros al año.

9.- **Implantación de una Central de Compras** para productos farmacéuticos y sanitarios para toda la Comunidad de Madrid, puede ahorrar hasta 150 millones de euros.

10.- **Instauración de sistemas de ahorro logístico**, tipo doble cajetín, compras limitadas, análisis estratégico de cartera de productos pérdidas de material por caducidad y exceso de estocaje, pueden suponer hasta 50 millones de euros.

11.- **Renuncia a la adquisición de nuevo equipamiento durante el ejercicio 2013**, excepto las bajas de equipos consideradas urgentes, retraso hasta 2014 de las obras de mejora y ampliación que no sean considerada urgente. Paralización de todas las obras que no tengan penalización compensatoria para los Centros. Esta batería de medidas puntuales para el año 2013 y 2014 pueden suponer hasta 400 millones de euros.

12.- **Optimización y mejora de los procedimientos en pacientes ingresados mediante acortamiento de los ingresos:** ahorro estimado 200 millones de euros

### 13.- En el capítulo 1

Por un lado gastos de personal, racionalización de las actividades extraordinarias, reorganización de equipos de guardia y concentración de la complejidad: 23 millones de euros.

Asimismo disminución de gastos en subdirecciones de hospitales hasta 5 millones de euros.

Y disminución de directivos en Atención Primaria hasta 3 millones

14.- Además de estos capítulos donde hay ahorros cuantificables en euros existen conceptos, como el ahorro en infraestructuras por **la reorganización de servicios** de difícil calculo.

## PROPUESTAS PARA UN CAMBIO EN DE GESTIÓN SANITARIA PARA GARANTIZAR SU SOSTENIBILIDAD

En primer lugar, es preciso hacer una mención a la excelencia del actual Sistema Sanitario Público. No sólo consigue excelentes resultados de calidad en salud, sino que lo hace a un coste económico muy ajustado especialmente en la Comunidad de Madrid. Por tanto, se trata de un problema de financiación y la necesidad de establecer recortes en Sanidad debe explicarse como tal, como un esfuerzo para mejorar la gestión de un sistema sanitario excelente para permitirle enfrentarse a una crisis de financiación.

Para afrontar estos recortes presupuestarios es necesario realizar una reforma de la gestión del sistema sanitario que aumente su eficiencia reduciendo los costes, pero preservando la equidad, universalidad y la excelente calidad asistencial, docencia e investigación del Sistema Sanitario Público. Pero, ¿cuales son los problemas reales de gestión del sistema sanitario público?

**1.- Alejamiento de la gestión clínica.** Dado que el médico es el principal generador de gasto en el Sistema Sanitario es fundamental que el médico se encuentre en el centro del proceso de gestión y de corresponsabilización con el sistema sanitario. Por otro lado, la idea de ofrecer el mejor recurso sanitario a cualquier precio porque es un derecho ciudadano está profundamente imbuida en el sistema.

Es preciso entender que el acercamiento del médico a la gestión clínica debe realizarse tanto desde el aspecto microeconómico (gestión de Unidades Clínicas) hasta el aspecto macroeconómico (organización del sistema sanitario, carteras de servicios de los servicios sanitarios), aunque en este último aspecto, deben establecerse diálogos con el resto de agentes sociales para llevar a acuerdos globales.

**2.- Burocratización del sistema.** Dado que la sanidad es un problema político de primer orden, la Administración de la Comunidad ha desarrollado un proceso de centralización absoluta en un intento de control de todos los aspectos de la misma. Esta tendencia centralizadora ha generado un proceso de burocratización para lograr el control de la información y de los flujos de órdenes y decisiones que se toman a nivel central y con un objetivo no siempre estrictamente sanitario (listas de espera quirúrgica y de consultas, calidad percibida, etc.).

La burocratización detrae gran cantidad de recursos a la eficiencia del sistema, obligando a dedicar muchas horas de trabajo profesional médico en labores de gestión de la información.

**3.- Desmotivación.** La falta de incentivos profesionales, de control de la gestión del propio trabajo, las progresivas reducciones retributivas y la ausencia de incentivos profesionales, han provocado una tendencia a la parálisis profesional. A pesar de que se trata de un problema básico en todos los funcionarios y estatutarios, debido a que no se han introducido sistemas de motivación del personal de la administración y de las entidades estatales, no ha sido abordado nunca por los políticos de ningún signo.

A esto hay que sumar que los objetivos que se plantean anualmente para justificar los complementos de productividad nunca han sido establecidos para lograr verdaderos objetivos asistenciales y no diferencian entre el personal por su implicación en la calidad o eficiencia del sistema.

**4.- Ausencia de medidas y objetivos de calidad asistencial.** La calidad percibida, tal y como argumentan los políticos, es perfecta para medir la satisfacción del paciente con las medidas de confort de un servicio. Sin embargo, no son buenos indicadores para medir la bondad o indicación del tratamiento realizado, ya que el paciente no siempre tiene todos los elementos necesarios para valorar si la actuación médica ha sido la mejor posible.

Dado que ningún sistema puede ser optimizado si no se aplican criterios que permitan medir de forma objetiva su funcionamiento, es preciso establecer medidas de calidad asistencial. Actualmente se usan para ello criterios basados en el consumo de recursos como los GRDs, estancias medias, etc., pero es preciso la introducción de verdaderos criterios de calidad asistencial en los puntos intermedios del proceso. Estos criterios sí permitirían la comparación entre unidades asistenciales, el planteamiento de objetivos de calidad que tienen que superponerse a los objetivos de eficiencia en el consumo de recursos.

**5.- El Área Única.** Hace unos años se planteó por la Comunidad de Madrid la necesidad de establecer un Área Sanitaria Única para facilitar al paciente la libre elección de médico, Centro de Salud y Hospital. Hasta el momento esto sólo ha generado confusión. Para instaurar el Área Única Sanitaria son precisas dos circunstancias:

- Existencia de parámetros objetivos de calidad asistencial y funcionamiento de las distintas unidades clínicas que sean accesibles a la población y médicos que van a referir los pacientes.

- Autonomía en la gestión de las Unidades Clínicas para que puedan adaptarse a los cambios en la demanda de actividad.

A día de hoy, los pacientes no disponen de toda la información necesaria para la elección. Además el profesional que sea elegido es incentivado negativamente porque trabajará más por el mismo dinero y reconocimiento y, finalmente, aunque quisiera trabajar más no podría hacerlo por las propias rigideces de la burocracia y gestión del sistema.

**HERRAMIENTAS DE GESTION.** Para poder realizar el cambio en la gestión sanitaria para garantizar la sostenibilidad del sistema son necesarias unas acciones concretas que deberían girar en torno a tres ejes fundamentales: la motivación del profesional, su corresponsabilización a través de la participación en la gestión clínica y la determinación de unas medidas, protocolos y objetivos de calidad asistencial. Para lograr estos objetivos serían necesarios los siguientes dispositivos:

**1.- Agencia de Calidad y Eficiencia Asistencial.** Es preciso la creación de una Agencia de Calidad y Eficiencia Asistencial externa a la propia administración para evitar su utilización política y garantizar la equidad y autonomía de la misma. Sus funciones deberían ser:

- a.- Establecer las variables y objetivos de calidad asistencial en los distintos procesos asistenciales y patologías según especialidades

- b.- Auditar la consecución de los objetivos establecidos en las unidades asistenciales

- c.- Proponer protocolos basados en la evidencia científica y el coste/eficiencia para los procesos asistenciales prevalentes y determinar las características clínicas que deben concurrir en las unidades asistenciales para la implantación

- d.- Impulsar la implantación de procesos asistenciales basados en la continuidad asistencial, que promuevan un uso eficiente de la Atención Primaria.

d.- Evaluar las evidencias científicas de las nuevas tecnologías y procedimientos y determinar si deben implantarse y las condiciones clínicas necesarias para su implantación

Esta Agencia debe estar constituida por representantes de las diferentes especialidades médicas y técnicos y propone protocolos de evaluación y tratamiento de las patologías más prevalentes con criterios científicos y objetivos de calidad y coste-eficiencia. Estos protocolos deben ser asumidos por todos los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid tanto de la Medicina Pública como Privada y deberán establecerse auditorías externas periódicas para evaluar el cumplimiento y seguimiento de los mismos. Se constituiría así, también, como un órgano certificador de la calidad asistencial de las diferentes unidades.

Dado que parte del trabajo de dicha agencia viene recogido en los Planes Estratégicos de las Especialidades, su implicación y colaboración con la creación de esta Agencia es fundamental.

**2.- Unidades de Gestión Clínicas.** Las Unidades de Gestión Clínica trasladan parte de la gestión de los recursos de la Consejería a los equipos profesionales que componen dicha Unidad de Gestión. El cambio en el modelo de gestión debe acompañarse necesariamente de la implementación de incentivos profesionales y de equipo que busquen la consecución de objetivos de calidad y de coste/eficiencia.

El coste económico ahorrado por estas Unidades de Gestión, consiguiendo objetivos de calidad, podría convertirse en contratación de personal o reinversión en tecnología sanitaria y así retornar en forma de ahorro a la población.

Para que las Unidades de Gestión Clínica puedan tener un adecuado funcionamiento, deben producirse cambios en la gestión de los centros sanitarios. El personal formará parte de dichas Unidades y su organización funcional y se buscará que los objetivos de gestión y calidad sean compartidos por todos los miembros de la Unidad. Finalmente, las Unidades de Gestión podrán determinar el funcionamiento y gestión de los servicios comunes del propio centro, eligiendo y controlando la propia estructura de mandos intermedios y gestión del mismo. La elección de los gestores y mandos intermedios del centro supone una de las claves de la persecución de objetivos comunes de gestión y calidad para cada centro sanitario.

Finalmente, uno de los obstáculos más notables para el propio funcionamiento de estos centros es la separación artificial y burocratizada de los diferentes capítulos de gasto del propio centro. Esto impide que los ahorros conseguidos en algunos puntos del sistema sean reinvertidos en tecnología, mejoras o en personal, de manera que es preciso realizar contratos globales con los centros sanitarios en función de objetivos asistenciales y de calidad concretos que puedan ser perseguidos de forma concreta por todos los profesionales del mismo.

El Comité coordinador profesional que ha venido solicitando la retirada del plan de sostenibilidad desde su constitución, estima que hay muchas partidas que analizadas con detenimiento y en el tiempo necesario, son susceptibles de alcanzar un notable ahorro. Por ello ha solicitado que mientras se constituyen estas mesas y se continua la negociación, se suspendan aquellos artículos de la Ley de Acompañamiento que permiten la externalización de los centros sanitarios aludidos, y que se prorrogue la contratación del personal eventual cuyo contrato finaliza el 31 de Diciembre.